

MODELO SUGERIDO PELA COREME DO HUAP

ACORDO DE INTERCÂMBIO DE TREINAMENTO DE MÉDICOS RESIDENTES QUE ENTRE SI CELEBRAM O (A) (instituição/hospital/centro de estudos / CORE-ME) E O (B) (instituição/hospital/centro de estudos / COREME).....

O(**interveniente A**)....., com sede(endereço)....., doravante denominado, neste ato representado pelo seu(cargo/função).....,(nome).....,(nacionalidade).....,(profissão)....., portador da cédula de identidade nº, expedida pelo, e inscrito no CPF/MF sob o nº. /....., e o(**interveniente B**)....., com sede(endereço)....., doravante denominado, neste ato representado pelo seu(cargo/função).....,(nome).....,(nacionalidade).....,(profissão)....., portador da cédula de identidade nº, expedida pelo, e inscrito no CPF/MF sob o nº. /....., resolvem celebrar o presente Acordo de Intercâmbio de Treinamento de Médicos Residentes, definido pelas cláusulas e condições seguintes:

CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO

O presente Acordo tem por objetivo estabelecer um regime de mútua cooperação técnica e científica entre o(sigla A).... e o(sigla B)...., com vistas à promoção de intercâmbio entre os Médicos Residentes inscritos em Programas de Residência Médica.

SUBCLÁUSULA ÚNICA – O presente acordo destina-se a conceder estágio supervisionado na(s) área(s) de(área do estágio)..... do(sigla A ou B)....., por um período de(definir tempo de estágio)....., para os Médicos Residentes R(1, 2 ou 3,etc.....)..... do Programa de(definir PRM)..... do(sigla A ou B)....., devendo ser encaminhado pelo(sigla A ou B).....,(número de MR)..... Médico(s) Residente(s) para cada período de estágio.

CLÁUSULA SEGUNDA – DAS AÇÕES

O presente Acordo de Intercâmbio de Treinamento prevê ações comuns de colaboração no campo do ensino e da pesquisa, através de mecanismos utilizados para execução de treinamento em serviço, sob a supervisão de pessoal qualificado, segundo normas da Comissão nacional de Residência Médica, para o exercício das atividades a serem cumpridas.

SUBCLÁUSULA ÚNICA - Os campos de atuação e obrigações serão definidos por meio de entendimentos entre as instituições, através dos Supervisores de Programa de Residência Médica e /ou Responsável pelo Centro de Estudos, os quais manterão os entendimentos necessários ao fiel cumprimento das disposições deste instrumento.

CLÁUSULA TERCEIRA – DOS ENCAMINHAMENTOS

Os participantes do intercâmbio estarão submetidos às normas próprias de cada instituição, sendo apresentados através de documentação oficial encaminhada pelas respectivas Comissões de Residência Médica (COREMEs) ou Centros de Estudos e/ou Pesquisas, dando ciência do nome do(s) Médico(s) Residente(s) encaminhado(s), atividades a

serem cumpridas e período de permanência do(s) mesmo(s) na instituição de acolhida.

SUBCLÁUSULA ÚNICA – As partes poderão não acolher a solicitação de participantes de intercâmbio, no período solicitado, mediante resposta formal à instituição de origem.

CLÁUSULA QUARTA – DOS ENCARGOS

O presente instrumento não implica por si mesmo em ônus para o(sigla A).... ou para o ...(sigla B).....

CLÁUSULA QUINTA – DO PESSOAL

O pessoal empregado na execução das atividades inerentes ao Acordo de Intercâmbio de Treinamento permanecerá com a mesma vinculação a seus Órgãos/Instituições de origem, na forma do art. 8º, inc. II da IN nº. 01/97 da Secretaria do Tesouro Nacional.

CLÁUSULA SEXTA – DA RESCISÃO

Este Acordo de Intercâmbio de Treinamento poderá ser rescindido de comum acordo entre o(sigla A).... ou para o ...(sigla B)..., devido à superveniência de norma legal ou evento que o torne material ou formalmente inexeqüível, bem como, unilateralmente, mediante notificação por escrito de um ao outro partícipe.

CLÁUSULA SÉTIMA – DA VIGÊNCIA

O prazo de vigência do presente Acordo de Intercâmbio de Treinamento será de 60 (sessenta) meses (Observação: prazo máximo legal), contados a partir da celebração deste instrumento.

E, por estarem de acordo, os representantes do(sigla A).... e o ...(sigla B)..., assinam o presente Acordo de Intercâmbio de Treinamento em duas (02) vias, de igual teor e forma, para um só efeito legal, na presença de duas (02) testemunhas, abaixo nominadas.

(LOCAL E DATA)

(nome do representante legal instituição A)
Função/Cargo

(nome do representante legal instituição B)
Função/Cargo

TESTEMUNHA 1

NOME -
CNPJ/MF nº.

TESTEMUNHA 2

NOME -
CNPJ/MF nº.